

## СПОСОБ КУПИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Изобретение относится к медицине, а именно к наркологии, и может быть использовано при купировании осложненного алкогольного абстинентного синдрома. Сущность способа заключается в воздействии на одну аурикулярную точку акупунктуры электромагнитным излучением крайне высокой частоты с циркулярно повторяющейся модуляцией частоты, воздействие осуществляют в течение 25-30 минут, на курс 3-4 процедуры.

Изобретение относится к медицине, а именно к наркологии, и может быть использовано для купирования осложненного алкогольного абстинентного синдрома.

Известен способ купирования алкогольного абстинентного синдрома крайневысоко-частотным электромагнитным излучением с фиксированной частотой (Сосин И.К., Мысько Г.Н. Перспективы применения микроволнового электромагнитного излучения миллиметрового диапазона в наркологии. //Медико-социальные аспекты охраны психического здоровья. Томск, 1991. Т.1 С. 212-213) (прототип).

Способ осуществляется следующим образом: на больного воздействуют, сочетая с дезинтоксикационной медикаментозной терапией, электромагнитным излучением нетепловой интенсивности (плотность потока падающей мощности  $3 \text{ мВт/см}^2$ ) с частотой 65 ГГц на биологически активную точку уха (АТ82) в течение 10 минут один раз в день в количестве 5-8 процедур.

Описанный способ имеет ряд недостатков:

1. Фиксированные параметры электромагнитного излучения не позволяют достичь у различных больных одновременной системной коррекции как клинических проявлений патологического влечения к алкоголю, так и соматоневрологических осложнений токсического действия этанола.

2. Способ эффективен только при сочетании его с традиционной дезинтоксикационной медикаментозной терапией.

3. Способ эффективен преимущественно в отношении эффективных и диссомнических проявлений патологического влечения к алкоголю в структуре абстинентного синдрома.

Известны и другие способы лечения алкогольного абстинентного синдрома:

1. Способ купирования алкогольного абстинентного синдрома путем применения иглорефлексотерапии (Сосин И.К., Гуревич Я.Л. Немедикаментозные методы лечения алкоголизма. Киев, 1986. - 152 с.) (Аналог).

Способ осуществляется следующим образом: больному алкоголизмом с психическими и соматоневрологическими проявлениями алкогольного абстинентного синдрома в течение 5-7 дней, начиная в первые 24 - 36 часов после последнего употребления алкоголя, производится ежедневная однократная инъекция специальных металлических игл для акупунктуры в определенные аурикулярные и корпоральные биологически активные точки, в которых иглы оставляются на 20 - 30 минут. Перед и после проведения процедуры проводится стерилизация игл и антисептическая обработка кожи.

Недостатками данного способа являются:

1. Сложность определения индивидуально оптимальных аурикулярных, корпоральных биологически активных точек и вариантов их сочетания, а также трудоемкость выполнения процедуры иглорефлексотерапии.

2. Способ имеет различную эффективность в отношении отдельных клинических проявлений алкогольного абстинентного синдрома и не оказывает системного воздействия на весь симптомокомплекс сразу.

3. Инвазивность способа, поскольку при нарушении целостности кожных покровов создается опасность как локального, так и общего инфицирования (в том числе болезнью Боткина, СПИДом), что требует дополнительных затрат на стерилизацию игл без гарантии абсолютной безопасности.

4. Необходимость длительной специальной врачебной подготовки по иглорефлексотерапии, которая осуществляется только лицами с высшим медицинским образованием.

5. Наличие противопоказаний к данному способу (индивидуальная психологическая и физическая непереносимость инъекций, онкологические заболевания) и зависимость эффекта

иглорефлексотерапии от времени суток и психофизиологического состояния врача, выполняющего процедуру.

II. Способ купирования алкогольного абстинентного синдрома путем применения фармакологических средств (Морозов Г.В., Иванец Н.Н. Медикаментозная терапия алкоголизма / Алкоголизм / Под ред. Г.В. Морозова. М.: Медицина. 1983. С. 311 - 342) (Аналог).

Способ осуществляется следующим образом: больному алкоголизмом с абстинентным синдромом при отсутствии аллергических реакции на медикаменты назначают (инъекционно, внутрь) препараты следующих фармакологических групп: дезинтоксикационные растворы (0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, 30% раствор тиосульфата натрия, гемодез); транквилизаторы (хлордиазепоксид, феназепам, реланиум, грандаксин); нейролептики (аминазин, тизерцин, галоперидол); антидепрессанты (амитриптилин, пиразидол); альфа-адреноблокаторы (пирроксан), витамины группы В и С, ноотропы и ГАМК-ергические вещества (пирацетам, оксибутират натрия, пиридитол, пантогам); антиконвульсанты (финлепсин), гипотензивные и сердечные, желудочные средства, корректоры электролитных нарушений.

Недостатками данного способа являются:

1. Инвазивность инъекционного метода введения лекарств, вследствие чего имеется опасность локального и общего инфицирования.

2. Необходимость комбинированного применения многих препаратов одновременно вследствие их узко избирательного терапевтического эффекта.

3. Политоксическое действие лекарств и связанные с этим осложнения со стороны нервной системы и висцеральных органов.

Предлагается для сокращения сроков лечения и повышения терапевтической эффективности путем одномоментного системного воздействия на все основные клинические проявления осложненного абстинентного синдрома; неинвазивности воздействия; исключения токсического влияния медикаментозных средств, профессиональной доступности процедуры купирования проводить купирование осложненного алкогольного абстинентного синдрома следующим образом.

На больного алкоголизмом в остром периоде, начиная в первые 24 - 36 часов после последнего употребления алкоголя, воздействуют крайне высокочастотным электромагнитным излучением нетепловой интенсивности (плотность потока падающей мощности  $3 \text{ мВт/см}^2$ ) - с циркулярно повторяющейся автомодуляцией частоты (при скорости нарастания  $40 \text{ МГц/с}$ ) в диапазоне от 59 до 61 ГГц (гигагерц) на аурикулярную биологическую активную точку АТ55 через диэлектрический волновод (сечение рабочего контакта 0,64 мм) с одной стороны в течение 20-30 минут через каждые 10 - 12 часов в количестве от трех до четырех процедур на курс лечения.

Для предлагаемого способа купирования осложненного алкогольного абстинентного синдрома использовался аппарат крайне высокочастотной (КВЧ) терапии "Стелла-2", обеспечивающий электромагнитное излучение заданных параметров.

Крайне высокочастотная терапия алкоголизма является недостаточно разработанной. КВЧ-терапия только в последние несколько лет стала применяться в основном в соматоневрологической практике (хирургии, гастроэнтерологии, дерматологии, вертеброневрологии) для лечения заболеваний и повреждений кожи, костно-мышечной системы, язвенной болезни желудка, синдромов остеохондроза. В практике используются серийно выпускаемые аппараты КВЧ-терапии, имеющие только определенную фиксированную частоту электромагнитного излучения, что существенно снижает их эффективность и применение при различных патологических состояниях у разных пациентов, для лечения которых фиксированные параметры электромагнитного излучения что являются оптимальными.

В наркологической практике купирование осложненного алкогольного абстинентного синдрома (ААС) является распространенным лечебным мероприятием, которое характеризуется сложностью, трудоемкостью и длительностью используемых при этом терапевтических методов. Это объясняется клинико-патогенетической структурой осложненного ААС у больных с большой длительностью алкоголизма (свыше 10 лет).

В структуре осложненного ААС выделяется две группы симптомов, различающиеся по механизмам развития:

- первую группу составляют симптомы патологического влечения к алкоголю в виде вегетативных (сухость во рту, жажда, тахикардия, общая потливость, ознобы или приливы жара к туловищу, нарушение перистальтики желудочно-кишечного тракта), эффективных (тревога, депрессия, дисфория, фобии) и диссомнических (различные виды нарушения сна) расстройств;

- вторую группу симптомов составляют соматоневрологические осложнения токсического действия этанола на организм в виде церебральных (астения, краниалгия, тремор, головокружение, тошнота, атаксия), кардиоваскулярных (гипертония, кардиалгия, аритмия), гастроинтестинальных (гиперацидный гастрит, пептические нарушения желудочно-кишечного тракта) и миофасциальные (миалгии, локальные мышечные гиперкинезы типа крампи) расстройств.

Терапевтический эффект КВЧ-излучения при купировании осложненного ААС основан на том, что миллиметровые волны нетепловой интенсивности инициируют акустомеханические автоколебания клеточных субструктур с многоуровневой синхронизацией регулярных (сегментарных, надсегментарных, нейрогуморальных) систем, обеспечивающих коррекцию патологических расстройств восстановлением оптимальных параметров гомеостаза (Девятков И.Д. (1985), Бецкий О.В. (1991)).

Для реализации указанных механизмов КВЧ-терапии осложненного ААС нами обеспечивается разночастотный характер электромагнитного воздействия в диапазоне от 59 до 61 ГГц, включающий оптимальные наборы частот для системной коррекции клинических проявлений ААС с учетом индивидуальных биофизических характеристик. Установленный нами диапазон и режим автомодуляции частоты обеспечивает одновременное системное воздействие на две основные (патогенетически разнородные) группы симптомов осложненного ААС за счет биологической индивидуальной ауторецепции организмом больного электромагнитного излучения оптимальных для него характеристик.

С этой целью на больного с осложненным ААС, начиная в первые 24 - 36 часов после последнего употребления алкоголя, воздействовали крайне высокочастотным электромагнитным излучением нетепловой интенсивности (плотность потока падающей мощности  $3 \text{ мВт/см}^2$ ) с циркулярно повторяющейся автомодуляцией частоты (при скорости нарастания 40 ГГц/сек) в диапазоне от 59 до 61 ГГц (гигагерц) на аурикулярную биологически активную точку АТ55 через диэлектрический волновод (сечение рабочего контакта  $0,64 \text{ мм}^2$ ) с одной стороны в течение 20 - 30 минут через каждые 10-12 часов в количестве от трех до четырех процедур на курс лечения.

Предлагаемым способом проведено купирование осложненного алкогольного абстинентного синдрома (ААС) у 44 больных алкоголизмом 2-й стадии в условиях стационарного отделения клинической наркологии НИИ психического здоровья Томского научного центра Российской Академии медицинских наук. Данную основную группу составили (ГРУППА "А") 44 мужчины в возрасте от 25 до 47 лет (средний возраст  $38,3 \pm 1,2$  лет) при средней длительности 2-й стадии алкоголизма в  $9,6 \pm 0,3$  года. Все больные имели развернутую клинику осложненного ААС, включавшего симптомы патологического влечения к алкоголю и соматоневрологические осложнения токсического действия этанола средней степени тяжести. У 12 больных выявлены симптомы алкогольного рассеянного энцефаломиелита, у 15 - гастрит с повышенной секрецией, у 4 - язвенная болезнь желудка, в 3 случаях - алкогольная полинейропатия.

Для сравнительного изучения эффективности предлагаемого способа купирования осложненного ААС имелись следующие три контрольные группы больных с осложненным ААС, которым проведен один из других способов купирования ААС, а именно способ-прототип или один из способов-аналогов:

- группа "Б" из 28 человек, которым проведено купирование осложненного ААС КВЧ-терапией с фиксированной частотой электромагнитного излучения (способ-прототип);

- группа "В" из 28 человек, которым проведено купирование осложненного ААС путем применения иглорефлексотерапии (аналог);

- группа "Г" из 28 человек, которым проведено купирование осложненного ААС медикаментозной терапией (аналог).

Больные всех контрольных групп были статистически стандартизированы с основной "А"-группой по полу, возрасту, длительности второй стадии алкоголизма, толерантности к алкоголю, степени выраженности ААС и наличию сопутствующих заболеваний.

Клиническим методом на основе стандартизированной шкалы оценки осложненного ААС (Н.А. Бохан, 1992) определяли наличие и выраженность симптомов патологического влечения к алкоголю (вегетативные, эффективные, диссомнические) и соматоневрологических осложнений токсического эффекта этанола (церебральные, кардиоваскулярные, гастроинтестинальные и миофасциальные расстройства). Измерялось также артериальное давление и пульс. Через каждые 12 часов регистрировали количество больных, у которых не момент обследования имело место полное купирование определенного вида из вышеперечисленных расстройств. Статистическая обработка полученных результатов с использованием критерия 2 проводилась на микрокалькуляторе МК-61.

При купировании осложнённого ААС предлагаемым способом из 44 пациентов основной "А"-группы через 48 часов от начала лечения произошло купирование:

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| вегетативных расстройств         | 44 больных (100%)  |
| аффективных расстройств          | 42 больных (95,5%) |
| диссомнических расстройств       | 29 больных (65,9%) |
| церебральных расстройств         | 43 больных (97,7%) |
| кардиоваскулярных расстройств    | 37 больных (84,1%) |
| гастроинтестинальных расстройств | 42 больных (95,5%) |
| миофасциальных расстройств       | 40 больных (90,9%) |

Процедуры проведения предлагаемого способа всеми больными переносились безболезненно и комфортно. После первой процедуры больными охотно воспринимались все последующие процедуры в связи с быстрым улучшением своего состояния, которое они не наблюдали ранее при лечении традиционными методами.

Таким образом, после проведения курсового лечения осложненного ААС по предлагаемому способу (4 процедуры в течение 48 часов) в основной "А"-группе наблюдалось купирование симптомов патологического влечения к алкоголю (вегетативные, эффективные, диссомнические) у 38 больных из 44 (86,4%), а купирование соматоневрологических осложнений токсического действия этанола (церебральных, кардиоваскулярных, гастроинтестинальных, миофасциальных) - у 41 больного из 44 (93,2%). Общая средняя эффективность купирования осложненного ААС предлагаемым способом в основной "А"-группе после проведения курса из 4 процедур в течение 48 часов составила 90,9%.

#### Клинический пример № 1.

Больной Д., 39 лет. Поступил на лечение в отделение клинической наркологии НИИ психического здоровья ТНЦ РАМН. Диагноз при поступлении: алкоголизм 2-й стадии, прогредиентное течение, псевдозапойная форма пьянства с высокой толерантностью с изменением личности по возбудимому типу и социально-трудовой дезадаптацией. Развернутый абстинентный синдром средней степени тяжести с соматоневрологическими и психическими (тревожно-депрессивными) расстройствами.

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, разбитость во всем теле, головную боль и головокружение, ломоту и боли в мышцах с судорожным сведением пальцев кисти, дрожание рук и ознобopodobное дрожание всего тела, ноющие боли и "замирания" в сердце, сильные боли в области желудка, метеоризм и неустойчивый стул, изжогу и "кислую отрыжку", неусидчивость, внутреннее напряжение, тревогу на фоне угнетенного настроения, жажду, сухость во рту.

Анамнестические сведения: злоупотребляет спиртным около 17 лет, дважды проходил стационарное лечение в наркодиспансере. Пьет запоями по 7-12 дней с суточной толерантностью до 1,2 литра водки. Абстинентный синдром клинически сформировался около 6 лет назад, протекает в последние три года тяжело и длится без лечения в домашних условиях до двух недель. В это время больной не выходит на работу. Работает на временных простых работах, разведен. Поступил в отделение после девятидневного запоя, пил до 1 литра водки в день, употреблял суррогаты.

Объективное состояние при поступлении: выглядит старше своих лет. Неряшлив, волосы выключены. Гиперемия и отечность лица, инъектированность склер, сухость слизистой оболочки

ротовой полости и губ, неприятный запах изо рта, тремор всего тела, рук, век, гипергидроз, неустойчив в позе Ромберга, настроение снижено, напряжен, тревожен, неусидчив. АД 180/100 мм рт. ст., пульс 110 ударов минуту, экстрасистолы 1-2 в минуту. Болезненность при пальпации эпигастральной области, трапециевидных и икроножных мышц.

Больному в положении лежа на спине произведено 30-минутное воздействие электромагнитным излучением описанных выше параметров на аурикулярную биологически активную точку АТ55 через диэлектрический волновод.

После процедуры (в месте воздействия больной не ощущал каких либо сенсорных ощущений, кроме "дуновения прохлады" в момент включения аппарата) у больного почти прекратились головная боль, тремор, ломота и боли в мышцах, потливость и тревога ("стало легче на душе"), стали значительно менее выраженными слабость и боли в сердце и желудке. Больной выражал искреннее удивление по поводу быстрого улучшения своего состояния. Артериальное давление снизилось до 150/95 мм рт. ст., пульс до 96 уд. в минуту, отмечались единичные экстрасистолы. Данное клиническое состояние удерживалось на протяжении около 3 часов, а затем наблюдалось усиление этих симптомов, но в значительно меньшей степени выраженности. Через 10 часов проведена аналогичная процедура КВЧ-терапии. Полностью прекратились головная боль, тревога, тремор тела, ломота и боли в мышцах, головокружение и подташнивание. Сохранялись умеренные боли в желудке, периодически ноющие боли в области сердца и легкая жажда. Ночью долго не мог уснуть, периодически возобновлялась тревога, однократно были тянущие судороги пальцев рук, беспокоили боли в желудке, периодическая изжога, ощущение тяжести в области сердца. Сон был поверхностный с ранним пробуждением. Утром с нетерпением ожидал повторной процедуры КВЧ-терапии в связи с наступлением быстрого эффекта и комфортностью проведения самой процедуры по сравнению с применявшимися в прежние госпитализации традиционными методами лечения в виде внутривенных и внутримышечных инъекций. Проведено такое же КВЧ-воздействие на АТ55 20 минут. После процедуры болевые ощущения в эпигастральной области стали минимальны. Сохранялись жалобы на дискомфорт и сердцебиение при быстрой ходьбе. АД - 145/90 мм рт. ст., пульс 90 уд. в мин., единичные экстрасистолы. Тремора рук нет. В позе Ромберга устойчив. Вечером проведена еще одна (четвертая по счету) процедура по вышеописанной схеме. После процедуры сам жалоб не предъявлял. АД - 135/85 мм рт. ст., пульс 86 уд. в мин., ритмичный. Ночной сон удовлетворительный. Утром жалоб нет. При пальпации - легкая болезненность в эпигастральной области. По просьбе больного проведена последняя процедура КВЧ-терапии. АД - 130/80 мм рт. ст., пульс 84 уд. в мин., ритмичный. Больной переведен в психотерапевтический блок для дальнейшей реабилитации. Побочных эффектов и осложнений у больного не выявлено.

Для сравнения эффективности купирования осложненного ААС предлагаемым способом нами проведено купирование осложненного ААС у 28 больных контрольной "Б"-группой по методу-прототипу. При купировании осложненного ААС методом прототипом из 28 больных контрольной "Б"-группы через 48 часов от начала лечения произошло купирование:

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| вегетативных расстройств         | 22 больных (78,6%) |
| аффективных расстройств          | 19 больных (67,9%) |
| диссомнических расстройств       | 16 больных (57,1%) |
| церебральных расстройств         | 19 больных (67,9%) |
| кардиоваскулярных расстройств    | 15 больных (53,6%) |
| гастроинтестинальных расстройств | 17 больных (60,7%) |
| миофасциальных расстройств       | 17 больных (57,1%) |

Купирование каждого из вышеприведенных симптомокомплексов в контрольной "Б"-группе (метод-прототип) наблюдалось у достоверно меньшего ( $p < 0,05$ ) количества больных по сравнению с основной "А"-группой (предлагаемый метод). После проведения курсового лечения осложненного ААС методом-прототипом (3 процедуры на фоне дезинтоксикационной терапии в течение 48 часов) в контрольной "Б"-группе наблюдалось купирование симптомов патологического влечения к алкоголю (вегетативных, аффективных, диссомнических) - у 19 больных из 29, а купирование соматоневрологических осложнений токсического эффекта этанолу

- у 17 из 28 больных (60,7%). Общая средняя эффективность купирования осложненного ААС по методу-прототипу в контрольной "Б"-группе через 48 часов составила 64,3%. Для сравнения эффективности купирования осложненного ААС по предлагаемому способу нами проведено купирование осложненного ААС у 28 больных контрольной "В"-группы путем применения иглорефлексотерапии по методу И.К. Сосина и Я.Л. Гуревича (1986) (Аналог).

При купировании осложненного ААС иглорефлексотерапией из 28 больных контрольной "В"-группы через 48 часов от начала лечения произошло купирование:

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| вегетативных расстройств         | 21 больного (75%)  |
| аффективных расстройств          | 20 больных (71,5%) |
| диссомнических расстройств       | 12 больных (42,9%) |
| церебральных расстройств         | 20 больных (71,5%) |
| кардиоваскулярных расстройств    | 16 больных (57,1%) |
| гастроинтестинальных расстройств | 17 больных (60,7%) |
| миофасциальных расстройств       | 16 больных (57,1%) |

Купирование каждого из вышеприведенных симптомокомплексов в контрольной "В"-группе иглорефлексотерапией (способ-аналог) наблюдалось у достоверно меньшего количества больных ( $p < 0,05$ ) по сравнению с основной "А"-группой (лечение предлагаемым способом). После проведения курсового лечения осложненного ААС методом иглорефлексотерапии в контрольной "В"-группе наблюдалось купирование симптомов патологического влечения к алкоголю (вегетативных, аффективных, диссомнических) у 18 больных из 28 (64,3%), а купирование соматоневрологических осложнений токсического действия этанола - у 17 из 28 пациентов (60,7%). Общая средняя эффективность купирования осложненного ААС путем применения иглорефлексотерапии (способ-аналог) в контрольной "В"-группе составила 62,2%.

Для сравнения эффективности купирования осложненного ААС предлагаемым способом нами проведено также купирование осложненного ААС у 28 больных контрольной "Г"-группы путем применения медикаментозной терапии (Морозов Г.В., Иванец Н.Н., 1983) (Аналог).

При купировании осложненного ААС медикаментозной терапией из 28 больных контрольной "Г"-группы через 48 часов от начала лечения произошло купирование:

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| вегетативных расстройств         | 24 больных (85,7%) |
| аффективных расстройств          | 23 больных (82,1%) |
| диссомнических расстройств       | 23 больных (82,1%) |
| церебральных расстройств         | 22 больных (78,6%) |
| кардиоваскулярных расстройств    | 25 больных (89,3%) |
| гастроинтестинальных расстройств | 20 больных (71,4%) |
| миофасциальных расстройств       | 20 больных (71,4%) |

После проведения курсового лечения осложненного ААС методом медикаментозной терапии в контрольной "Г"-группе наблюдалось купирование симптомов патологического влечения к алкоголю (вегетативных, аффективных, диссомнических) - у 23 больных из 28 (82,1%), а купирование соматоневрологических осложнений токсического действия этанола (церебральных, кардиоваскулярных, гастроинтестинальных, миофасциальных) - у 22 больных из 28 (78,6%). Купирование вегетативных, церебральных, гастроинтестинальных и миофасциальных расстройств в контрольной "Г"-группе (медикаментозная терапия, способ-аналог) наблюдалось у достоверно меньшего количества больных ( $p < 0,5$ ) по сравнению с основной группой "А" (лечение предлагаемым способом). Общая средняя эффективность купирования осложненного ААС путем применения медикаментозной терапии в контрольной группе "Г" через 48 часов от начала лечения составила 80,1%.

На основании вышесказанного приходим к выводу о том, что эффективность купирования осложненного алкогольного абстинентного синдрома предлагаемым способом, составляя 90,9%, превышает эффективность: способа-прототипа (64,3%) в 1,41 раза; способа иглорефлексотерапии (аналог) (62,2%) в 1,46 раза; способа медикаментозной терапии (80,1%) (аналог) в 1,1 раза.

При этом предлагаемый способ купирования осложненного ААС отличается тем, что оказывает одновременное системное (вегетостабилизирующее, нормотимолептическое, седативное, анальгетическое, гипотензивное, релаксационное) воздействие за счет биологической рецепции организмом электромагнитного излучения циркулярно автомодулированного (в диапазоне от 59 до 61 ГГц) с физиологически оптимальными для него параметрами. В то же время предлагаемый способ купирования осложненного ААС является неинвазивным, безмедикаментозным и профессионально доступным.

Таким образом, предлагаемый способ купирования осложненного алкогольного абстинентного синдрома позволяет:

1. Купировать клинические проявления осложненного алкогольного абстинентного синдрома в течение 48 часов у 90,9% больных алкоголизмом.

2. Повысить эффективность купирования осложненного алкогольного абстинентного синдрома за счет одновременного системного воздействия на все основные клинические проявления синдрома в 1,41 раза по сравнению с методом-прототипом.

3. Избежать побочных эффектов и осложнений, связанных с применением способа-прототипа и способов-аналогов.

### **ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ**

Способ купирования осложненного абстинентного синдрома, включающий воздействие на аурикулярные точки акупунктуры электромагнитным излучением нетепловой интенсивности крайне высокой частоты плотностью мощности  $3 \text{ мВт/см}^2$ , отличающийся тем, что воздействуют на одну аурикулярную точку АТ55 с циркулярно повторяющейся модуляцией частоты в диапазоне от 59 до 61 ГГц, при скорости ее нарастания 40 МГц/с, воздействие осуществляют в течение 25-30 мин каждые 10-12 ч, в количестве 3-4 процедур на курс.